

RICHIESTA DI

PRIMO CONTRASSEGNO AUTO
DA UTILIZZARE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____

iscritto/a nell'Albo dei Medici-Chirurghi degli Odontoiatri con Posizione Numero _____

CHIEDE il rilascio del PRIMO CONTRASSEGNO AUTO, riportante le TARGHE di seguito indicate:

1) _____ 2) _____ 3) _____
(N.B.: I VEICOLI NON DEVONO ESSERE NECESSARIAMENTE INTESSTATI AL SANITARIO)

- DICHIARA DI NON AVERE MAI RICHiesto IL RILASCIO DEL CONTRASSEGNO AUTO
- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link: [INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)
- DICHIARA DI FORNIRE IL PROPRIO CONSENSO, LIBERO E INFORMATO, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SECONDO LE MODALITA' E NEI LIMITI DI CUI ALL'INFORMATIVA AI SENSI DI CUI DELL'ART. 6, COMMA 1, LETT A DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679 DEL 2016 – GDPR

QUALORA I VEICOLI NON SIANO INTESSTATI AL SANITARIO:

- DICHIARA DI AVER ACQUISITO IL CONSENSO, LIBERO E INFORMATO, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SECONDO LE MODALITA' E NEI LIMITI DI CUI ALL'INFORMATIVA AI SENSI DI CUI DELL'ART. 6, COMMA 1, LETT A DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679 DEL 2016 – GDPR DALL'INTESTATARIO DEL VEICOLO

Data _____

Firma _____

DELEGA

Il Dott. / La Dott.^{ssa} _____ DELEGA il Sig./la Sig.^{ra} _____

al RITIRO, per suo conto, del suddetto CONTRASSEGNO (Allegare copia del Documento d'Identità del Delegante).

FIRMA DEL SANITARIO _____

Si attesta l'identità del delegato mediante documento _____

rilasciato da _____ n. _____ il _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE (Presentazione allo Sportello):

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:
Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

CONSEGNATO IL CONTRASSEGNO

N. _____

FIRMA PER RICEVUTA DEL CONTRASSEGNO _____

segue **PRIMO CONTRASSEGNO AUTO**

MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: protocollo@pec.omceoroma.it (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000**)
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: info@ordinemedicirioma.it (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000**)
- per **POSTA**, all'indirizzo: **Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA** (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000**)
- a **MANO in SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.